

## LES POSITIONS D'ATTENTE LORS DES DETRESSES RESPIRATOIRES

### I Introduction

Outre l'aspect gestuel et technique, la prise en charge d'une victime ventilant spontanément et présentant une détresse respiratoire identifiée passe assurément par l'installation de celle-ci dans une position adaptée.

### II Objectifs

Une position d'attente sera adaptée à l'état de la victime si elle :

- Favorise naturellement la fonction vitale ou organique défaillante ;
- N'aggrave pas son état initial ;
- Tient compte des atteintes potentiellement vitales associées ;
- Autorise une surveillance adéquate de l'évolution de son état ;
- Permet d'anticiper sans délai une évolution défavorable ;
- Assure un confort minimum dans le temps (transport vers un établissement hospitalier).

### III Détresses respiratoires et Positions d'attente

D'une manière générale, une position d'attente adoptée instinctivement par une victime consciente est à respecter, à moins qu'elle ne soit pas compatible avec l'état ou les lésions présentées. C'est notamment le cas lorsque le jugement est altéré par une alcoolisation ou un traumatisme crânien par exemple.

Pour les **détresses respiratoires** d'origine médicale ou traumatique les plus couramment rencontrées, la position dite en « **décubitus dorsal strict** » (**à plat-dos**) est **proscrite**. On privilégiera les positions permettant une meilleure ampliation pulmonaire (meilleure amplitude ventilatoire en diminuant les résistances mécaniques). Tout effort sera interdit à la victime.

Les différentes positions d'attente dans le cas d'une détresse respiratoire sont :

- la position assise ou semi-assise adossée ;
- la position assise avec appui possible vers l'avant ;
- la position assise ou semi-assise jambes pendantes ;
- le cas particulier de la plaie thoracique.

M  
A  
R  
C  
H  
E  
R

**!**  
*En cas d'arrêt ventilatoire, la victime sera placée à plat sur le dos pour permettre les manœuvres de RCP.*



## 1 Cas général d'une détresse respiratoire

La position d'attente classique que l'on va rechercher dans le cas d'une victime consciente présentant une détresse respiratoire installée ou stabilisée sera la position demi assise ou assise adossée.

Cette position est moins anxiogène que la position couchée et permet à la victime d'optimiser son amplitude ventilatoire en diminuant les efforts inspiratoires.

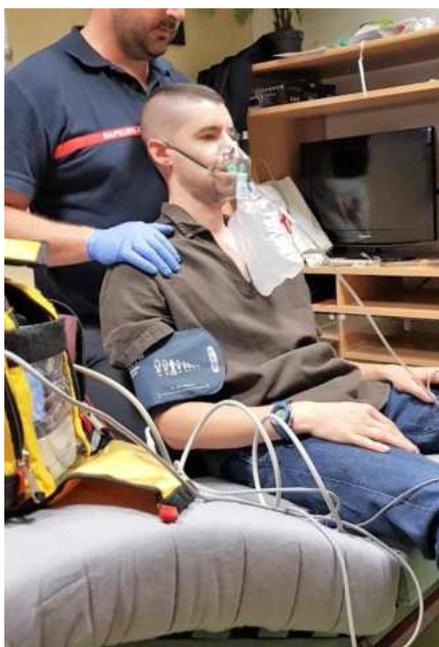


Photo 23C1 : position d'attente classique

## 2 En cas de dyspnée expiratoire aiguë / crise d'asthme

La crise d'asthme résulte du rétrécissement du diamètre des bronches d'origine inflammatoire entraînant une dyspnée majeure par l'incapacité à expirer sans forcer.

Sans action secouriste puis paramédicale et/ou médicale, cette détresse respiratoire majeure épuisera la victime qui finira par s'asphyxier. La position assise avec une possibilité d'appui vers l'avant permet à la victime de concentrer ses forces pour expirer en se penchant si besoin.



Photo 23C2 : position assise avec appui vers



**Dyspnée = Difficultés respiratoires**



**Apport théorique sur l'asthme dans la FAC 43.**



### 3 En cas d'Œdème Aigu du Poumon (OAP)

D'origine cardiaque, l'OAP est la conséquence d'une brusque élévation non compensée des pressions intravasculaires au niveau pulmonaire. Une fuite plasmatique plus ou moins importante en découle entraînant une inondation des alvéoles pulmonaires. Les échanges gazeux sont alors perturbés, notamment l'oxygénation du sang.

Les jambes sont laissées pendantes afin de créer un effet de décharge sur la pression intracardiaque en favorisant l'augmentation du volume sanguin dans les membres inférieurs.



Photo 23C3 : position assise jambes

### 4 En cas de plaie thoracique (soufflante ou non)

Conséquence grave d'un traumatisme pénétrant, une plaie thoracique pourra être dans certains cas « soufflante ». Seule une position semi assise ou assise sera appropriée pour une victime consciente car la détresse respiratoire associée est souvent majeure et évolutive.

Cette position favorisera également le développement du poumon sain, mécanisme de compensation indispensable pour lutter contre les effets hypoxiques de l'atteinte fonctionnelle du poumon lésé.



Photo 23C4 : position semi-assise en cas de plaie



Apport théorique sur les plaies soufflantes dans la FAC 23.B



*Si l'objet pénétrant est encore présent dans la plaie (ex : couteau planté dans le dos), la position d'attente devra être adaptée car l'appui dorsal ne sera pas forcément possible.*

*Dans ce cas, placer la victime sur le côté en veillant à ne pas mobiliser accidentellement l'objet pénétrant.*



## Cas particuliers / Autres détresses

La **détresse respiratoire**, qu'elle soit d'origine médicale ou traumatique, pourra dans certains cas gravissimes être associée à **une autre détresse vitale** en lien avec une autre lésion ou atteinte d'un organe essentiel.



### Points Clés

*La position d'attente qui primera sera celle en rapport avec la lésion entraînant la détresse vitale risquant d'avoir les conséquences les plus graves à court terme.*

Ainsi, une victime profondément inconsciente (GCS<8) présentant une détresse respiratoire sera malgré tout mise en PLS. Il conviendra alors de redoubler d'attention en surveillant étroitement les paramètres reflétant la fonction respiratoire.



*Seule la sécurisation des VAS par l'intubation oro-trachéale ou par un dispositif alternatif à l'intubation autorisera le maintien de la victime inconsciente dans une autre position que la PLS.*